2e Année. | No 16. | 1er Novembre 1884.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E.-J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

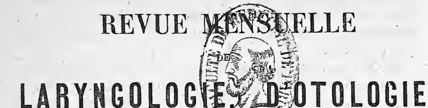
LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

2e Année. N° 16. 1er Novembre 1881.



REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE : **Travaux originaux.** — Clinique du Docteur C. Miot. — Surdité nerveuse par congestion ; Emploi de l'électricité ; Guérison. — — De l'Influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix, par le Docteur Léo Bayer (de Bruxelles). — **Revue bibliographique.** — Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale, par le Docteur J. Baratoux. — De l'ozène et de ses formes cliniques (Ozena e sue forme cliniche, par le Docteur Vincenzo Cozzolino. — **Revue de la Presse.** — Un nouveau journal de laryngologie. — Enseignement médical libre. — **Index bibliographique.**

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DU DOCTEUR C. MIOT

Surdité nerveuse par congestion. — Emploi de l'électricité. — Guérison.

Le 7 octobre 1878, M. X..., avocat, vient me consulter pour des bourdonnements et une surdité qui l'affectent depuis deux ans.

C'est un homme très nerveux, herpétique, incommodé depuis plusieurs années par des hémorrhoïdes qui fournissent, à peu près tous les mois, pendant trois à sept jours, une assez grande quantité de sang.

En 1874, il a eu la syphilis diagnostiquée et soignée par Diday, de Lyon.

En mai 1876, il se promenait en voiture pendant une journée très chaude, lorsqu'il ressentit une chaleur tensive à la tête, et fut pris d'un vertige violent qui dura environ 30 secondes. Le jour même, il éprouva dans les oreilles un bourdonnement en bruissement beaucoup

plus fort à gauche qu'à droite, d'abord très faible, puis plus ou moins intense, suivant les causes qui le faisaient varier, comme une température un peu élevée, par exemple.

M. X... a, de plus, à des intervalles plus ou moins éloignés, le front couvert de sueur et des vertiges ; d'autres fois, il éprouve de la pesanteur, de la douleur dans l'oreille gauche, qui lui paraît bouchée.

Depuis dix-huit mois ou deux ans, la marche est parfois oblique de droite à gauche. La surdité augmente de plus en plus.

M. X... a une santé parfaite, malgré le travail intellectuel et physique exagéré auquel il s'astreint.

Perc. crân. g. faible, o g. 1 centim. } à la montre.
Per. cr. dr. as. b. or. d. 4 centim. }

Parole. — Voix moyenne, mal entendue de l'oreille gauche, à $1^{m}50$; de l'oreille droite à $2^{m}60$.

Diapason perçu de l'oreille droite, même quand l'instrument est placé bien en dehors de la ligne médiane, comme sur la bosse pariétale gauche, par exemple; oreilles ouvertes ou fermées ; le son plus clair, les oreilles étant ouvertes.

Avec le stéthoscope à trois branches (appelé improprement otoscope), le son venant des oreilles ne diffère pas d'une manière sensible.

Des expériences répétées plusieurs fois avec le diapason et le stéthoscope, pris ensemble ou isolément, ont constamment donné les mêmes résultats.

8 octobre. — L'oreille gauche est soumise pendant 10 minutes à l'action des courants continus (5 éléments), pôle + dans l'oreille.

9 et 10 octobre. — Courants continus aux deux oreilles. 1 pôle dans chaque conduit auditif externe. La cuisson est plus vive dans l'oreille gauche, où est placé le pôle—.

12 octobre. — Or. g. 10 centim.

Or. dr. 16 centim. à la montre.

Courants intermittents à chaque oreille pendant 2 minutes. Pile Gaiffe au bisulfate de mercure. Courants 1.

Après la séance d'électrisation, o. g. 18 centim., o. d. 30 centim.

14 octobre. — C^{ts} intermittents.

16 octobre. — Or. g. 18 centim. o dr. 30 centim. Courants intermittents.

17 octobre. — Le malade entend la montre à peu près à la même distance, et ne se considère plus comme sourd. Je l'engage à partir et à continuer la médication électrique pendant deux ou trois semaines.

Réflexions. — En demeurant à Paris, loin de la ville qu'il habite, ce malade a été éloigné de toutes les causes d'excitation nerveuse qui lui étaient si nuisibles, et a obtenu ainsi une amélioration rapide. Nous aurions peut-être pu nous contenter de lui indiquer une bonne hygiène et de lui prescrire un traitement tonique. Nous avons pensé que nous n'obtiendrions pas un bon résultat.

Dans des cas du même genre, nous avons employé l'arséniate de fer et la strychnine, sans en obtenir un bon effet.

Mais nous avons remarqué que cette médication convenait très bien aux chloro-anémiques.

Nous terminerons ces réflexions en faisant remarquer que les courants Volta-Faradiques, à intermittences faibles, ont agi aussi bien sur ce malade que les courants continus.

Dr C. Miot.

De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix.

Par le Dr Léo Bayer, de Bruxelles (1).

Je me permets, Messieurs, d'aborder devant une réunion aussi compétente que la vôtre, un sujet sur lequel beaucoup d'entre vous, grâce à une longue et fructueuse expérience, pourraient faire des communications plus dignes d'intérêt ; mais si j'ai choisi une telle communication, c'est surtout pour engager les membres de cette section à publier les observations personnelles qu'ils peuvent avoir à ce sujet. Je me suis proposé de traiter

(1) Communication faite au Congrès international de Londres 1881 (sous-section de laryngologie).

de l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix. Ces rapports ont bien connus ; et si les laryngoscopistes ont de nombreuses occasions pour constater la corrélation intime qui unit ces deux organes importants, bien d'autres praticiens ont déjà dirigé leur attention de ce côté, et consigné dans leurs écrits des observations de ce genre, des plus intéressantes.

Je commencerai par établir une rapide nomenclature des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, et qui ont été en quelque sorte nos initiateurs. Je suis obligé de citer en première ligne Hippocrate, qui entrevoyait ces rapports quand faisant le mot *hystérie*, il disait : *mulier tota in utero.*

Néanmoins, c'est seulement aujourd'hui, depuis que les études laryngologiques se sont développées, qu'on a vraiment compris et approfondi ce sujet important ; qu'il me suffise de citer Turck, Gerhardt, Bruns, Ziemssem, Gibb, Morell-Mackenzie, Tobold, Fournié, Stoerk, Fauvel, Jurast, Manld, Krishaber, Lewin, Nicolas Duranty, Schnitzler, Thaon, et bien d'autres qu'il serait trop long d'énumérer. Parmi les autres praticiens névrologues ou gynécologistes, je nommerai Kussmaul, Eulenburg, Landry, Chéron, Lécorché, Thalamon, et surtout Martineau, qui se sont particulièrement occupés de cette question et qui en ont fait l'objet de communications plus spéciales.

On comprend que le larynx, compliqué comme il est dans sa structure anatomique et dans ses fonctions physiologiques, subisse l'influence de l'appareil sexuel de la femme, qui forme la principale étape dans l'ensemble du système nerveux féminin.

En effet, pour me servir d'une comparaison empruntée à la télégraphie électrique, on peut dire que le centre d'innervation, d'où les dépêches entrent et d'où elles sortent, est la moelle allongée et la partie cervicale de la moelle épinière ; comme conducteurs intermédiaires le système épinal tout entier, et comme fils conducteurs le nerf grand sympathique d'une part, le nerf pneumogastique et les nerfs spinaux de l'autre.

Nous voyons déjà l'influence utérine prédominer à

l'état physiologique. A l'âge de la puberté par exemple, le développement des organes sexuels de la femme provoque une plus grande activité dans la nutrition du larynx, cependant moins intense que chez l'homme, car, non seulement les dimensions du larynx augmentent surtout dans le diamètre vertical, mais les cordes vocales s'allongent. Il se fait alors nécessairement un changement dans le registre de la voix que l'on appelle la *mue,* je dois dire que je n'ai trouvé nulle part d'observation d'extirpation des ovaires pratiquée de bonne heure, mais il est bien probable que cette opération pourrait empêcher ce développement, comme cela arrive chez l'homme après la castration. Il n'y a aucun doute que la menstruation et la grosssesse n'exercent une influence notable sur le larynx. Cette influence se manifeste sous la forme d'une des névroses du larynx et nous la voyons disparaître spontanément avec le rétablissement de l'équilibre de l'organisme.

J'ai traité dernièrement deux jeunes filles atteintes d'une toux aboyante, avec rougeur insignifiante de la muqueuse aryténoïdienne, chez lesquelles la toux cessa presque subitement avec l'apparition des règles.

Turck raconte un cas d'aphonie passagère qui se répétait à chaque menstruation. J'ai eu l'occasion de donner mes soins à une cantatrice de l'opéra, qui était atteinte, chaque fois que les règles se déclaraient, d'une hypérémie de la muqueuse du larynx avec exfoliation des cordes vocales ; de sorte, que je crus la première fois, à une lésion plus grave. Au bout d'un ou deux jours, tout dérangement avait disparu et la voix était de nouveau excellente.

Pour ce qui touche à la grossesse, j'ai vu chez une dame disparaître subitement avec la conception, la sensation d'une espèce de boule hystérique du larynx, tandis que j'étais obligé de la soigner encore pendant plusieurs semaines pour un catarrhe chronique du larynx. La grossesse exerça également chez une autre cantatrice malade, une influence salutaire sur une affection du larynx, un catarrhe chronique des plus tenaces. Jamais elle n'a été aussi bien en voix que pendant le temps de sa gestation.

Si nous examinons maintenant l'état pathologique général de la femme, nous constaterons que dans les affections de l'appareil sexuel ce sont celles des ovaires, et surtout de l'utérus, qui exercent une influence prédominante sur le larynx et sur la voix. Aux affections des ovaires appartiennent les altérations du tissu glandulaire, telles que les *hyperplasies* et les *néoplasmes,* celles du *stroma* comme les *oophorites,* les *hémorrhagies,* les *hyperplasies,* puis les lésions peri-utérines telles que les *périoophérite, l'hématome rétroutérine* et autres.

Du côté de l'utérus, je citerai les affections de la muqueuse de la cavité utérine, le catarrhe, les hyperplasies, les polypes, les néoplasmes épithéliaux, les granulations, les ulcères, etc., etc. J'ai constaté chez deux malades, atteintes d'accès de suffocation, l'existence de petits papillomes du col de la matrice, et l'ablation de ces tumeurs faisait cesser aussitôt les symptômes réflexes.

A ces affections se joignent celles du tissu musculaire, les dérangements dans la cavité utérine, et enfin les divers déplacements et changements de la position de l'utérus, comme les versions et les flexions *d'un côté,* les descentes et les prolapsus de *l'autre.*

C'est précisément sur ce point que la littérature médicale nous fournit des observations bien caractéristiques. Tout le monde connaît le cas cité par Landry, où l'aphonie d'une malade qui était atteinte d'une antéflexion de la matrice, disparaissait chaque fois que l'on remettait l'organe en place,

Martineau, dans son *Traité clinique des affections de l'utérus* (1878) donne la description de deux cas également très instructifs :

1. — Une malade était depuis près d'une année atteinte d'une toux sèche, incessante, par conséquent la fatiguant beaucoup ; toux qui avait résisté à tous les traitements dirigés contre elle. Vésicatoires, ventouses sèches et autres révulsifs calmants, opiacés et antispasmodiques, rien n'avait pu vaincre cette toux nerveuse. Lorsque la métrite chronique dont était atteinte la malade fut guérie, M. Martineau fit porter à la malade un pessaire et une ceinture hypogastrique pour combattre l'antéversion qui persistait et la toux cessa subitement. Si la malade, par

négligence ou d'autres motifs ne mettait pas son pessaire ou sa ceinture et laissait le déplacement se reproduire, la toux ne tardait pas à reparaître pour cesser dès que la matrice était maintenue dans sa position normale.

II. — Madame C..., à la suite d'efforts brusques et d'imprudences répétées, est atteinte d'une procidence et d'une antéversion considérable de l'utérus, santé florissante habituelle ; ni chlorose, ni hystérie. Sous l'influence du déplacement utérin, paralysie du diaphragme et des parois de l'abdomen, impossibilité de faire les mouvements les plus légers ; aphonie et mutité. Si l'on soulève doucement l'utérus avec le doigt et que l'on remette l'organe en place, immédiatement la voix revient, la respiration se rétablit. Les accidents reparaissent quand l'utérus retombe. L'électricité ramène la respiration et la parole pendant une heure. Sous l'influence du chloroforme, la voix et la respiration reparaissent tout à fait. Tous les accidents reviennent peu à peu à mesure que s'affaiblit la chloroformisation, mais de moins en moins vite ; c'est ainsi que le vingtième jour leur retour n'est complet qu'au bout de cinq heures. Les stupéfiants (morphine, strychnine) après une amélioration passagère, sont laissés de côté à cause des accidents qu'ils occasionnent, vomissements, etc. Le déplacement utérin augmente, l'utérus est horizontal en antéversion, les accidents s'exagèrent, tous les moyens échouent. Cependant, toutes les fois que l'utérus est remis dans sa situation normale, la malade peut prononcer quelques mots à haute voix, tandis que d'une façon constante aussi la mutité redevient absolue, au moment même où l'organe reprend sa position vicieuse.

Mentionnons maintenant les diverses affections des ligaments, larges de la matrice, des trompes, et pour terminer celles du vagin et de la vulve.

J'ai traité une dame pour un chatouillement continuel de la gorge qui occasionnait de fréquents accès de toux, cette dame était soignée depuis très longtemps pour une affection de la matrice, et en dehors de cela pour une bronchite chronique. L'examen laryngoscopique ainsi que le traitement local ne donnèrent pas un résultat suf-

fisant. J'insiste pour un examen local avec le spéculum.

A la fin, un de mes confrères, gynécologiste de Bruxelles, découvrit une petite fistule uréthro-vaginale qu'il parvint à fermer, et peu de temps après cessèrent presque aussitôt, le prurit du vagin et le besoin continuel d'uriner qu'elle éprouvait auparavant.

Je traiterais maintenant d'une façon plus approfondie la manière dont le larynx prend part à l'état pathologique de l'appareil sexuel de la femme, et je classerai les lésions en trois catégories :

1° Les troubles de la sensibilité ;

2° Les troubles de la motilité ;

3° Les troubles de la nutrition et les troubles vasculaires.

Pour ce qui concerne ces dernières, je dirais simplement que je ne les envisage qu'au point de vue de la classification; c'est ici qu'on doit placer les hémorrhagies vicariantes du larynx. Ce chapitre est obscur, comme tout ce qui concerne les névroses viscérales, de la nutrition en général.

Je m'arrêterai donc surtout aux deux premières névroses. Celles-ci se présentent en partie comme formes simples, en partie commes formes compliquées. Au point de vue absolu de la fréquence, je crois que ce sont les troubles de la sensibilité qui l'emportent.

Dans la sphère de la sensibilité, les troubles prennent naissance quand la moyenne de l'excitabilité, ou celle de la force de résistance, subit un changement par une des causes que nous venons d'énumérer. Il s'établit alors une disproportion entre la force d'excitation et celle de réaction, et dans les cas où la réaction est plus grande que l'excitation, nous nous trouvons en présence d'une *hypéresthésie*. La vibration nervoso-sensitive qui résulte de l'excitation ne gagne sa valeur d'intensité qu'après s'être répandue dans le cerveau sur de nombreuses cellules ganglionnaires. La réaction consciente devient alors excessive et surpasse en intensité la moyenne habituelle.

L'hypéresthésie est la névrose du larynx la plus fréquente. Elle constitue un des facteurs principaux de la plupart des autres névroses, telles que : les *paresthésies*,

le *spasme laryngé*, la *suffocation utérine*, la *toux nerveuse*, la *phonophobie*, etc., etc.

L'hypéresthésie sous la forme simple ne se rencontre que rarement, et le laryngoscopiste possède peut-être seul la prérogative de la constater, lorsqu'il observe un excès de réaction produite par l'application dans le larynx, d'un excitant dont l'effet était connu. Si le degré de réaction est inférieur à celui qui eût dû se produire par l'excitation, nous reconnaissons l'*hypoesthésie* ou l'*anesthésie*. Les excitations atteignent trop vite leur valeur propre au centre cérébral ou n'y arrivent pas. Voilà pourquoi la réaction reste inférieure ou n'a pas lieu du tout.

Les *hypoesthésies* et les *anesthésies* forment également une catégorie de névroses qu'on désigne sous le nom de *paresthésie* et sur lesquelles nous reviendrons.

Chéron soutenait que le signe constant, pathognomique de l'hysthérie était l'anesthésie de l'épiglotte. Ziemssen et d'autres ont combattu cette théorie. D'après Thaon, on rencontre seulement chez un sixième des hystériques l'anesthésie plus ou moins complète de l'épiglotte. D'ailleurs, l'anesthésie peut aussi bien s'étendre sur tout le larynx que se fixer dans quelqu'une de ses parties sous une forme déterminée. Souvent elle est suivie d'anesthésies cutanées partielles ou diffuses. On connaît du reste la coexistence fréquente d'une plaque cutanée d'anesthésie à la face antérieure du cou.

Les hyperesthésies et les anesthésies chez lesquelles des excitations homologues (c'est-à-dire de même nature) provoquent des sensations hétérologues (c'est-à-dire de nature différente), s'appellent *paresthésies*.

Leur caractère consiste dans la différence de la qualité de la sensation qui est ici le résultat d'une excitation. De là viennent les dénominations parfois bizarres, par lesquelles les malades désignent ce qu'elles éprouvent. Les unes se plaignent d'une brûlure, d'une piqûre, de corps étrangers de tous genres, se trouvant dans leur gosier ; les autres disent éprouver la sensation d'une boule, du froid, d'un prurit, etc., de telle sorte que parmi les troubles de la sensibilité, ce sont surtout les paresthésies dont on a l'occasion de faire le diagnostic.

Disons enfin que la sensibilité physiologique peut

subir un changement d'intensité dans la perception d'une excitation, nous avons alors affaire à une *dysesthésie.* Quand l'intensité dépasse la limite normale, de manière à produire la sensation d'une douleur, nous avons l'*hyperalgésie* ou *névralgie;* par contre, quand elle reste au-dessous de la moyenne ou qu'elle manque absolument, c'est que la perception de la douleur est éteinte, nous disons alors qu'il y a *analgésie.*

Sous le nom de *paralgies,* on comprend les sensations hétérologues qui impliquent particulièrement encore la sensation de la douleur. Les auteurs n'ont fait à ce sujet que de rares observations.

Parlons maintenant des troubles de la *motilité* du larynx.

Les affections de l'appareil sexuel de la femme influencent les centres moteurs du larynx par sympathie ou par action réflexe. Comme intermédiaires, nous avons les cellules ganglionnaires multipolaires des cornes antérieures, qui donnent naissance aux fibres nerveuses motrices, se trouvant dans la moelle allongée et dans la portion cervicale de la moelle épinière, formant à la base du cerveau le centre de la phonation. Cette influence produit un changement dans l'excitabilité des nerfs moteurs du larynx ; il s'établit une disproportion entre la force de l'excitation et la réaction, c'est-à-dire dans le mouvement qui en résulte. Il y a une réaction plus forte, ou une réaction plus faible qu'à l'état normal ; et dans le premier cas une *hyperkinésie,* dans le dernier une *hypokinésie.* Mais comme les mouvements produits sont souvent d'une nature irrégulière, on pourrait dans la plupart des cas substituer l'expression de *parakinésies* à celle de *hyperkinésies.*

Aux parakinésies ou hyperkinésies appartiennent les spasmes laryngés, qui peuvent se montrer avec une telle violence, qu'on a même vu la mort en être le résultat. Cependant, ils sont en général peu dangereux. Tobold a relevé à propos de ces accès cette circonstanca particulière que les malades, même après en avoir éprouvé plusieurs, sont en proie à une angoisse terrible et craignent de n'en pas revenir.

A ce symptôme se joint la toux nerveuse spasmodique,

caractérisée par des accès de toux violente, sèche, quelquefois accompagnée de sifflement, d'aboiement ou d'un cri aigu, qui se termine par paroxysme. Mentionnons ici le spasme laryngé somnambulique. Selon Thaon, après avoir provoqué l'état de somnambulisme, les sons ne peuvent plus être émis, si l'on touche légèrement le larynx avec le doigt.

Les névroses les plus familières du larynx, provoquées par une des causes précédentes, sont les *hypokinésies* qu'on comprend ordinairement sous le nom de l'aphonie hystérique.

Parmi les paralysies des hystériques, celle des cordes vocales est une des plus fréquentes. Ces paralysies se caractérisent dans la plupart des cas par leur irrégularité, par leur apparition et leur disparition subite, l'absence des troubles musculaires succesifs de la nutrition par l'intégrité complète de la sensibilité farado-musculaire et galvano-musculaire.

Il existe des états de motilité diminuée ou entièrement abolie, qui sont uniquement provoqués et entretenus par l'état maladif de la perception, un défaut d'énergie de la volonté, réel ou imaginaire. Reynold les appelle *paralysies psychiques*.

Dernièrement, j'ai donné mes soins à une jeune fille de quinze ans, qui jouissait d'une santé florissante. Le larynx était dans un état parfait, les cordes vocales se mouvaient d'une manière irréprochable. Il ne lui manquait que l'impulsion de la volonté pour produire un son. Tous les remèdes imaginables ne produisent aucun effet, jusqu'à ce qu'un vœu religieux venant frapper son imagination, suffit pour enlever l'aphonie. Après la disparition de l'aphonie apparurent des points d'anesthésies cutanées périphériques.

Disons maintenant quelques mots des diverses formes d'hypokinésie du larynx. Nous en verrons représenter ici tous les degrés, depuis l'atonie des cordes vocales jusqu'à l'aphonie complète. On observe souvent des cas où les malades aphones produisent encore des sons quand on les fait vocaliser pendant l'examen laryngoscopique ; il y en a qui ont la toux sonore avec du timbre ; d'autres

peuvent chanter, et on a même entendu *parler en rêve pendant le sommeil des hystériques aphones*. Ce sont là les paralysies auxquelles Tobold a donné le nom de *paralysies phoniques*. On les range sous trois formes différentes, selon que la glotte est entièrement béante pendant la phonation, ou seulement ouverte en partie, ou selon qu'il y a seulement diminution des vibrations des cordes vocales.

Je n'entre pas ici dans les détails. Les symptômes les plus importants se reconnaissent à l'inspection laryngoscopique. On observe aussi des troubles dans la respiration, et on connaît le cas d'une paralysie hystérique des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, qui nécessita deux fois la trachéotomie. Il faut noter ici un phénomène que Gerhardt observa le premier, à savoir que les vibrations que l'on ressent en mettant les doigts sur le larynx pendant la phonation, manquent dans l'aphonie. Le muscle aryténoïdien transverse semble être particulièrement attaqué, ce qui empêche la juxtaposition des cartilages aryténoïdiens et explique la fréquence des paralysies bilatérales, dans l'aphonie hystérique.

Une autre particularité de l'hypokinésie hystérique est l'aphonie intermittente dans laquelle les rémissions et les exacerbations sont caractéristiques. Tobold raconte d'une malade, qu'elle parlait pendant sept ans, depuis le moment de son réveil jusqu'à dix heures du matin d'une voix claire et forte, mais après, sans aucun motif apparent, elle perdait la voix pour toute la journée.

Eulenbourg a vu chez une malade la voix disparaître tous les jours depuis midi jusqu'à quatre heures. A l'examen au laryngoscope on trouva, dans les deux cas, pendant les intervalles libres, la faculté du mouvement et les vibrations des cordes vocales, dans une situation parfaitement normale.

Thaon signale cet autre caractère de l'aphonie hystérique de donner souvent une image laryngoscopique variable de jour à autre.

Dans la troisième et dernière forme nosologique, viennent se ranger les troubles de *coordination* de l'organe vocal, les *lalo-névroses* des Allemands.

Les hystériques perdent souvent, d'après Kussmaul,

non seulement la voix, mais aussi la faculté de parler pendant des minutes, des heures, des jours, des semain es et même des mois. Il parle d'une cuisinière à qui il arrivait souvent à plusieurs reprises dans une journée, de ne plus savoir prononcer un seul mot pendant des heures entières. On lui administra toute sorte de remèdes sans succès. A la fin, on lui conseilla de prononcer à chaque attaque d'abord tout bas, les mots sacro-saints : *Dieu le père, Dieu le fils, Dieu le Saint-Esprit*, et puis de se tourner et de cracher en prononçant ces mots : *c'est pour toi*, tout en pensant au diable, et ce remède fut toujours efficace.

Une dame, dans la trentaine, est atteinte d'hystérie avec paralysie des jambes et du bras gauche. Parfois, elle perdait la parole pendant des heures et des journées entières. La pression sur n'importe quel point des régions latérales du cou faisait cesser à l'instant ce manque de parole. Après s'être éloigné de Kussmaul, elle perdit tout à fait la parole. Pendant toute une année, elle ne se faisait comprendre que par l'écriture. A la fin, le bras droit se paralysa aussi ; cependant, il lui resta assez de force pour exprimer ses désirs et pour répondre, en touchant successivement les lettres d'un grand alphabet avec un bâtonnet. La pression sur le cou n'opéra plus. Kussmaul fit transporter la malade, qui lui était fort attachée, dans son hôpital, lui fit donner une chambre agréable et lui prescrivit un remède insignifiant, duquel il lui promit un succès certain. Au bout de huit jours, il y avait un tel progrès, que la malade parlait de nouveau comme auparavant. Elle pouvaitégalement se servir de sa main droite pour dessiner, pour écrire et faire des ouvrages de main. Six mois après elle dut retourner chez elle. Le voyage la fatigua beaucoup ; Elle eut une paralysie de la vessie. Le bras droit fut paralysé pour toujours et elle succomba en peu de mois avec les symptômes d'une myélite diffuse.

Dans ces sortes d'affections, l'appareil phonateur demeure intact, et celui qui sert à la communication entre la parole et la pensée l'est également. S'agit-il ici d'une interruption locale produite entre l'image et l'action musculaire, ou l'excitation corticale et infracorticale, par laquelle la pensée se traduit en parole, est-elle trop

faible dans son ensemble ; et alors, à l'aide d'un traitement *moral*, ayant pour but d'augmenter l'excitabilité, parvient-on, peut-être, à rétablir l'équilibre un moment ébranlé.......

Disons, en terminant, que le larnyx, grâce à son appareil musculaire compliqué, se ressent avant bien d'autres organes, des troubles de la nutrition de l'organisme général que l'une ou l'autre de ces affections peut provoque. Il n'est donc pas étonnant qu'il se produise souvent et surtout très facilement des troubles dans les fonctions du larynx, et que des états de faiblesse de peu d'importance soient fâcheux pour la voix. Aussi, disparaissent-ils aussitôt qu'il y a amélioration de la nutrition générale.

La thérapeutique de ces diverses affections découle de ce que je viens de dire, et la diète, l'hygiène, etc. etc., ne seront que la conclusion obligée d'un diagnostic approprié au sujet que je viens d'exposer. Le point essentiel sera de rechercher la cause de la maladie, car, celle-ci étant connue, on pourra la combattre et espérer ainsi obtenir une guérison définitive puisque bien souvent : *sublatâ causâ, Tollitur effectus.*

Dr L. Bayer.

Revue Bibliographique.

Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale.

Par le Dr J. Baratoux (1).

« Les études otologiques sont en France l'objet d'une sorte d'indifférence du corps médical; il n'en est pas de même en Allemagne, et il faut bien l'avouer, les efforts et les chaleureux appels que M. le professeur Duplay a fait dans son *Traité de pathologie externe*, n'a pas eu d'écho jusqu'à ce jour ». A la lecture de ces quelques lignes, écrites récemment par un auteur Français, il semblerait que chez nous, l'otiatrique est

(1) A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, Paris, 1881.

une science à peu près inconnue, que notre littérature médicale possède à peine quelques pages consacrées à l'otologie. Cependant, il me serait facile de citer ici plusieurs traités spéciaux écrits de mains de maîtres, appuyés sur une expérience déjà longue et publiés en France. Il me serait facile de prouver que l'otologie fait chez nous des progrès aussi rapides et aussi sérieux que chez les Allemands; et je ne craindrai pas de dire, au contraire, que l'otologie a suscité en France, dans ces derniers temps surtout, des recherches nombreuses et de la plus haute importance.

Le travail de M. Baratoux vient confirmer certainement le fait que j'ai avancé. L'auteur divise son mémoire en trois parties :

La première comprend : l'anatomie, l'embryologie, la morphologie et la physiologie de l'oreille ;

La deuxième, une étude expérimentale sur des lésions, dont l'influence s'exerce particulièrement sur la détermination des affections auriculaires, et par conséquent sur le bulbe rachidien, les nerfs grand sympathique et trijumeau ;

Enfin la troisième partie, corollaire et consécration des faits acquis dans les chapitres précédents, contient des faits cliniques.

Le seul énoncé du sujet indique l'importance du travail que je vais analyser, et les recherches nombreuses qu'il a nécessitées à l'auteur, pour mener son œuvre à bonne fin.

PREMIÈRE PARTIE. — **Anatomie. — Embryologie, morphologie. — Physiologie.**

I. *Anatomie.* — M. Baratoux expose en quelques lignes seulement, l'anatomie de l'oreille externe et de l'oreille moyenne, que l'on trouve décrites, dans tous les traités d'anatomie, pour arriver à l'oreille interne et s'étendre spécialement sur le limaçon et surtout sur la terminaison des nerfs dans les celulles ciliées, qui ont la forme d'une éprouvette reposant par leur base sur des cellules fusiformes, cellules de soutènement, ou de Deiters.

L'auteur, qui a pu suivre les nerfs jusqu'à leur point de terminaison dans les cellules ciliées, a eu l'heureuse idée d'annexer à son travail les dessins de quelques-unes de ses coupes microscopiques, ou l'on peut se rendre un compte plus exact de la superposition de toutes ces parties délicates.

Il passe ensuite en revue les artères, les veines et lymphatiques du pavillon, du conduit, du tympan, de la caisse et de l'oreille interne. Vient ensuite une étude sur le nerf auditif ; ce nerf après avoir pris son origine par deux racines spéciales entourant le corps restiforme, se divise en deux branches, l'antérieure ou nerf de l'espace, la postérieure ou nerf auditif proprement dit ; le premier destiné aux canaux semi-circulaires, le deuxième au limaçon. Ce dernier émergeant du plancher du quatrième ventricule, contourne le pédoncule cérébelleux inférieur et traverse un amas de cellules ganglionnaires, qu'Huguenin considère comme le noyau antérieur de l'acoustique, mais qui n'est en réalité qu'un ganglion. Cet amas de cellules est en effet situé sur le trajet d'un nerf et de de plus ces cellules offrent la plus grande ressemblance avec celles des ganglions de Gasser ou des ganglions spinaux.

Parmi les autres nerfs qui se distribuent à l'oreille, il en est deux qui ont une action considérable sur sa nutrition : le trijumeau et le grand sympathique. Les autres nerfs ayant quelques rapports avec cet organe sont : le facial, le glosso-pharyngien et le pneumogastrique, le plexus cervical et le nerf de Wrisberg qui représente, d'après l'auteur, le noyau sensitif et peut-être même le noyau moteur du glosso-pharyngien.

II. *Embryologie.* — L'oreille interne naît d'une invagination spéciale de l'épiblaste et n'a point la même origine que la rétine. Cet organe se développe d'abord par une vésicule, à laquelle viennent s'adjoindre les canaux semi-circulaires, puis l'aqueduc et enfin le limaçon.

III. *Morphologie.* — Les animaux inférieurs n'ont pas d'oreille, les reptiles en possèdent une, mais ils n'ont pas l'oreille externe que possèdent les oiseaux et les mammifères ; ces derniers possèdent seuls les arcades de Corti.

IV. *Physiologie.* — Les canaux semi-circulaires ne sont que l'organe périphérique du sens de l'équilibre, l'organe central étant le cervelet.

Le limaçon est la seule partie de l'oreille destinée à l'audition ; les mouvements des cils surmontant les cellules de Corti transmettent les mouvements vibratoires aux organes centraux.

L'auteur a pu démontrer le fait qu'il avance en examinant l'oreille d'un sourd-muet, mort d'une affection pulmonaire à l'hôpital Lariboisière, et chez lequel l'examen microscopique révéla l'existence d'une dégénérescence manifeste de cellules ganglionnaires situées sur le parcours du nerf cochléaire, et l'intégrité absolue des fibres de la racine antérieure.

M. Baratoux admet, avec la plupart des auteurs, que les vibrations sonores arrivant dans le labyrinthe mettent en mouvement, avec plus ou moins de rapidité, la corde correspondant au son produit; mais il expose une nouvelle théorie qui permet d'expliquer facilement le mécanisme de l'audition, en tenant compte des découvertes récentes de la terminaison des nerfs dans les cellules de Corti.

Deuxième partie. — **Étude expérimentale de l'influence des lésions des nerfs grand sympathique, du trijumeau et du bulbe rachidien, sur la détermination de certaines affections de l'oreille.**

I. — *Grand sympathique.* — Après avoir rappelé en quelques mots la découverte des nerfs vaso-moteurs (Dupuy (d'Alfort), Claude Bernard, Brown-Séquard), l'auteur voulant étudier de plus près les effets de l'influence de la section de ce nerf sur l'oreille et en particulier sur l'oreille moyenne, reprend l'expérience classique de Claude Bernard, en sectionnant le cordon cervical du grand sympathique droit, et il obtient les phénomènes de vascularisation et d'hyperthermie déjà observés par le célèbre physiologiste. A ceux qui veulent que ces phénomènes diminuent avec le temps pour arriver à disparaître, il oppose le fait certainement concluant d'un lapin auquel M. Laborde a pratiqué en 1877, il y a quatre ans, la section du sympathique cervical, et chez lequel on peut encore constater aujourd'hui des phénomènes vasculo-dilatateurs et thermiques à leur summun d'intensité.

Quant à l'hypertrophie signalée par Bidder, elle n'a jamais été constatée par Claude Bernard, ni par M. Muron qui a fait cette expérience sur près de 50 lapins.

En résumé, la section du grand sympathique détermine l'hypérémie de l'oreille externe, et surtout de l'oreille moyenne, et parfois même la suppuration.

II. *Trijumeau.* — La section de trijumeau engendre de

plus grands désordres, et en un temps moins long, ce qui prouverait que ce nerf contient plus de nerfs vaso-moteurs que le grand sympathique, du moins pour ce qui est de l'oreille. L'auteur n'hésite pas à mettre sur le compte des nerfs trophiques les lésions que l'on détermine, en empêchant ces derniers d'agir sur les tissus auxquels ils se distribuent.

III. *Bulbe rachidien.* — Une piqûre du centre vaso-moteur, qui se trouve entre le noyau de la racine descendante du trijumeau dans le bulbe, et la première paire dorsale, le long du corps restiforme, produit une altération remarquable de l'organe de l'ouïe, et la lésion auriculaire se produit aussitôt après la piqûre du centre vaso-moteur; elle est caractérisée par une hémorrhagie du labyrinthe et surtout du limaçon, parfois même une ecchymose du pavillon. Ce serait à ce centre vaso-moteur que se rendraient les fibres vasomotrices contenues dans le sympathique et dans le trijumeau.

Troisième partie. — **Partie clinique.**

I. *Troubles de l'oreille dépendant de lésions du grand sympathique.* — On sait qu'une congestion des parties encéphaliques produit des bourdonnements d'oreilles, qui sont certainement dus à la dilatation des artères, car ils s'affaiblissent à mesure que la congestion diminue et augmentent avec cette dernière; et sous l'influence des agents qui contractent les vaisseaux, on voit diminuer la vasculo-dilatation et les bourdonnements qu'elle occasionne.

Ces mêmes symptômes peuvent être observés dans les maladies pyrétiques ou toute affection qui occasionne une suractivité dans la circulation du sang.

II. *Troubles dépendant des lésions du trijumeau.* — « Chez l'homme, dit l'auteur, les lésions de ce nerf doivent avoir un grand retentissement sur l'oreille, si on s'en rapporte aux résultats que nous avons obtenus en étudiant la physiologie expérimentale de la cinquième paire. » La clinique confirme en effet ces données, comme il était facile de le prévoir, et toute lésion du trijumeau avant sa sortie du crâne peut produire des troubles de nutrition de l'oreille, analogues à ceux qui succèdent à sa section.

Les névralgies des diverses branches du trijumeau peuvent déterminer des troubles de l'ouïe.

III. *Troubles dépendant de lésions du bulbe rachidien.* — On ne peut ici être aussi affirmatif que dans les chapitres précédents, car les observations font encore défaut; cependant, il semble que l'on pourrait attribuer à une altération de cette partie de l'axe cérébral, la production de l'hématome spontané, et certains cas de vertige de Ménière déterminés par une hémorrhagie de l'oreille interne.

Comme le fait judicieusement observer l'auteur, en terminant son travail, un chapitre manque encore à cette étude, c'est celui de la thérapeutique, mais il nous fait lui-même espérer qu'il comblera cette lacune et que bientôt il en fera l'objet d'un nouveau mémoire.

En résumé, l'œuvre de M. Baratoux contient des aperçus nouveaux sur la terminaison des nerfs dans l'oreille interne, sur le phénomène intime de l'audition et sur bien d'autres points encore à l'étude.

Toutes ses déductions sont basées sur des expériences nombreuses, méthodiquement faites au laboratoire de la Faculté de Paris, et la partie clinique contient de nombreuses observations rédigées avec soin.

Enfin, un index bibliographique des plus complets et deux planches lithographiques contenant des coupes de l'oreille ou du bulbe, ont fait de ce travail une œuvre des plus sérieuses, dans laquelle viendra glaner plus d'un praticien.

De l'ozène et de ses formes cliniques (Ozena e sue forme cliniche).

par le Dr Vincenzo Cozzolino (1).

M. le Dr Vincenzo Cozzolino vient de publier sous ce titre un travail lumineux dans lequel il passe en revue toutes les théories de l'ozène données jusqu'à ce jour. Il reconnaît trois formes de cette affection : 1° l'ozène constitutionnel ou rhi-

(1) Presso. S. Sommella éditor, Vià Romà (già Toledo), 342 bis. Naples, 1881

nite scrofuleuse; 2° l'ozène catarrhal, dû à une atrophie de la muqueuse, et 3° l'ozène simple (*sine materia?*).

En parlant de la première forme, il expose la théorie de Michel sur cette affection. L'auteur considère l'ozène, non comme une maladie locale, mais comme une véritable localisation de la diathèse scrofuleuse dans la muqueuse nasale. Dans cette forme, les produits de la sécrétion se concrètent sous forme de croûtes verdâtres. Il est enfin facile de distinguer à l'examen cette forme d'ozène de ceux qui peuvent résulter des diathèses, herpétique ou arthritique. Quant à la rhinite syphilitique, elle se rencontre quelquefois unie à la scrofule, sur le même terrain, formant un « scrofulate de vérole. »

L'odeur nauséabonde peut être due: à la diminution du calibre des fosses nasales, par vice de conformation du nez ou par sténose, résultat d'une lésion pathologique (tumeur, hypertrophie); à l'augmentation de la cavité nasale, par atrophie ou absence du cornet inférieur (théorie de Zaufal); à une inflammation catarrhale, favorisant la décomposition du pus, ou à une altération morbide plus grave (ulcération, carie, nécrose); à une tumeur de mauvaise nature (sarcome, épithélioma); ou enfin à la simple décomposition de la sécrétion, comme on l'observe dans le coryza caseux, dans l'ozène scrofuleux et dans l'ozène, *sine materia* (?)

Dans la seconde partie, M. Vincenzo Cozzolino, étudie la rhénite atrophique, exposant les théories de Zaufal, de Fräenkel, de Gottstein et de Tillot.

Cette forme d'ozène, qui s'observe en général dans l'adolescence, est le résultat d'une rhinite chronique, frappant de préférence les glandes de la muqueuse, elle n'engendre l'ozène que chez les sujets scrofuleux.

Le pronostic est bien moins défavorable que dans la première forme, surtout lorsque le processus morbide n'est pas encore arrivé à la période atrophique.

Dans l'ozène atrophique, on devra surtout insister sur la médication locale, qui devra être détersive, anticatarrhale, rarement caustique, à cause de la rétraction cicatricielle et de la forme de l'affection.

La troisième partie est consacrée à l'étude de l'ozène, par exhalation fétide (ozène, *sine materia* ?).

L'auteur expose la théorie d'Hédenus, de Dresde, disant que l'odeur est le résultat d'une exhalation gazeuse de la muqueuse privée de sécrétion, contrairement à l'opinion de Fräenkel, puisque ce dernier auteur dit que l'ozène ne peut exister sans produits de sécrétion.

L'auteur de ce travail pense, au contraire, que cette forme d'ozène peut parfaitement exister chez certains individus qui ont les sécrétions naturellement fétides, telles que les sueurs des différentes parties du corps (aisselles, pieds, etc.). Néanmoins cette forme de l'affection est rare, et son diagnostic pourra offrir quelques difficultés; il faudra pratiquer des examens rhinoscopiques fréquents, et examiner les autres sécrétions de l'organisme.

La médication sera simplement palliative, car étant impuissant pour modifier la production de l'odeur nauséabonde, on s'exercera surtout à la dissimuler à l'aide de différents parfums.

M. Vincenzo Cozzolino, discute ensuite la théorie de Rouge, de Lausanne, voulant qu'il ne puisse exister d'ozène sans lésion osseuse, théorie facile à renverser aujourd'hui.

Enfin, un exposé des différents traitements employés par Michel, Tillot, Gottstein, Fräenkel, Rouge et Bordenkeuer, termine cette étude intéressante de l'ozène.

L'auteur, en parlant des irrigations nasales, expose les différents instruments employés pour cet usage, tels que le syphon, la seringue nasale (antérieure et postérieure), les inhalateurs et injecteurs, donnant les règles à suivre pour faire convenablement les lavages de la cavité nasale.

Quant à la médication topique, elle devra être appropriée à chaque cas particulier et elle aura pour but :

1° De modifier la surface de la muqueuse;

2° De modifier la consistance des liquides sécrétés;

3° De réprimer l'inflammation locale;

4° De modifier localement les produits de sécrétion;

5° De réprimer ou de détruire les tissus exubérants.

Chaque forme de la maladie nécessitera une médication topique et un traitement général approprié, que l'auteur décrit avec beaucoup de soin. A. D.

Revue de la Presse

Périchondrite et chondrite du larynx. — L'inflammation des cartilages du larynx n'avait guère été signalée jusqu'ici que dans la convalescence de la fièvre typhoïque ou dans la phtisie laryngée.

Le Dr E. Luz en a observé un cas chez un dragon probablement syphilitique. Au commencement de l'hiver 1879 apparaît une angine qui subsiste, très tenace, pendant toute la saison froide ; des alternatives de poussées tonsillaires, avec rémissions, incommodaient B... Le 15 février, il entre à l'infirmerie ; anémie et pâleur assez évidentes, un peu d'amaigrissement, pas de fièvre, pharyngite déjà signalée, amygdales modérément rouges et tuméfiées et non déchiquetées. Une ulcération, à fond gris-jaunâtre, assez petite et difficile à bien voir, siège à la partie externe du pilier antérieur gauche, dont l'aspect est d'ailleurs tout à fait normal. La pression du larynx par les doigts ne détermine qu'un sentiment peu marqué de douleur sourde ; l'auscultation ne révèle rien.

Le 20 février, B..., pris d'un soudain accès de suffocation, s'écrie : « De l'air ! j'étrangle ! » Le lendemain, voici quel était l'aspect de la gorge ; le voile du palais, les piliers et les amygdales, peu gonflées, ont une couleur cuivrée, médiocrement foncée ; on ne découvre, à première vue, aucune ulcération appréciable ; la coloration générale du voile et de l'arrière-gorge, interrompues par places, est distribuée en plaques, rappelant les découpures irrégulières d'une carte géographique.

Trois jours après, on aperçoit à la partie externe du pilier antérieur gauche une ulcération profonde, à fond grisâtre, aux bords rouges et relevés, tout à fait comparable à un aphte de la dimension d'une pièce de 20 centimes ; fond de la gorge uniformément rouge ; rien sur les amygdales, haleine fétide : voix légèrement cornée ; état général mauvais ; pouls à 75-78 ; absence d'adénite ; pas de douleur provoquée par les mouvements communiqués au larynx. En saisissant entre les doigts l'appareil laryngien, le médecin croit percevoir une crépitation fugace, sans toutefois lui pouvoir assigner une pla-

ce fixe ; cette sorte de sensation n'a plus été perçue à nouveau. *L'examen laryngoscopique n'a pas eu lieu.*

Le 2 mars, l'ulcération signalée s'est notablement étendue en bas du côté du larynx, le pilier restant toujours indemne ; les nuits sont mauvaises et pénibles ; le bruit du cornage s'accentue au point de troubler le repos des malades voisins et masque, pendant l'auscultation, tous les bruits respiratoires. Plusieurs accès d'orthopnée brusques et assez courts, se sont produits à tout heure de la journée ou de la nuit ; l'expectoration ne fournit aucun renseignement ; il n'y a pas de toux.

Le 14 mars, à sept heures et demie du matin, après une nuit comparable aux nuits précédentes, B... prend du café au lait et se lève pour satisfaire un besoin, quand, tout d'un coup, saisi d'une angoisse subite, il se rejette sur son lit, sans parler, et meurt rapidement dans un accès de suffocation complète.

A l'autopsie, on a trouvé le cartilage cricoïde dénudé, disséqué, pour ainsi dire, par un abcès qui en faisait en quelque sorte le tour. La partie moyenne et postérieure en avait disparu, ce qui lui a donné l'aspect d'un croissant, au lieu de sa configuration naturelle d'anneau fermé ; la portion gauche, nécrosée et détachée, nageait dans le pus, explication probable de cette crépitation fugitive, perçue à un moment donné et si vite disparue.

Les muscles crico-aryténodïens paraissent épaissis, de couleur rouge foncé et manifestement malades, à l'encontre de l'aspect normal constaté sur les autres muscles aryténoïdiens. (*Recueil des mémoires de méd. de chir. et de pharmacie militaires*, 1881, n° de juillet-août, *et Gaz. de méd. de Paris*, 3 septembre 1881.)

Traitement de l'amygdalite et de l'hypertrophie tonsillaire par le bicarbonate de soude. — Le Dr Armangué rapporte sept observations d'angines tonsillaires guéries en moins de vingt-quatre heures par le bicarbonate de soude. Ce moyen a été préconisé par le Dr Giné, professeur de clinique chirurgicale, qui emploie localement le bicarbonate de soude, soit en insufflations, soit en applications directes faites à l'aide du doigt du malade. Le traitement doit être souvent répété jusqu'à disparition complète du mal. Le Dr Giné compte par

douzaines les cas dans lesquels la guérison a été complète en moins de vingt-quatre heures, et jamais il n'a vu ce moyen rester sans effets. Le soulagement est presque toujours immédiat; et en tout cas, il ne se fait pas attendre longtemps. Son efficacité est surtout grande dans la période prodromique de l'amygdalite, qu'il fait sûrement avorter. D'après le Dr Giné, le bicarbonate de soude ne diminue pas la prédisposition aux angines, mais en arrête le développement. L'amygdalotomie est une opération inutile dans l'hypertrophie tonsilliare, puisqu'on peut vaincre celle-ci en peu de temps, par la fréquente application du sel de soude.

Les observations du Dr Armangué, bien que peu nombreuses, lui paraissent très concluantes; elles confirment l'opinion du Dr Giné sur l'efficacité et la rapidité d'action du bicarbonate de soude. (*El Siglio méd.*)

L'ergotine dans la pharyngite. — Dans les pharyngites chroniques avec développemeut exagéré des veines du pharynx et sécrétion muco-purulente, le traitement suivant donne de bons résultats.

Appliquer largement et deux fois par jour le collutoire sur le pharynx au moyen d'un pinceau.

Ergotine.	1	gramme.
Teinture d'Iode	4	—
Glycérine.	30	—

M.

Méthode nouvelle pour l'examen fonctionnel de l'appareil d'accommodation de l'oreille. — M. Gellé expose à la société de Biologie (séance du 15 octobre 1881), une méthode nouvelle d'examen fonctionnel de l'appareil d'accommodation de l'oreille. Il rappelle l'expérience de Toynbee, qui prouve la transmission des pressions faites sur le tympan au labyrinthe, et l'application qu'en a tentée Lucœ pour reconnaître si l'étrier est mobile. La compression au moyen du doigt sur le méat est d'une application défectueuse et douloureuse; M. Gellé la remplace par des pressions calculables, faites au moyen d'un tube de caoutchouc fixé au méat d'un bout, et aboutissant à une poire de caoutchouc à insuffler de l'autre.

Sur une oreille saine, de légères pressions sur la poire à

air se transmettent au tympan, et de là au labyrinthe; et si l'on pose sur le tube en caoutchouc ou bien sur la bosse frontale du sujet un diapason normal en vibration, le son diminue d'intensité à chaque pression, sans jamais s'éteindre, à moins qu'il ne soit très affaibli. On obtient ainsi des rémissions très caractéristiques, des *forté* et des *pianos* qui se suivent à volonté.

Dans l'état de maladie, les choses ne se passent plus de même, souvent le son ne subit aucune modification; d'autres fois, au contraire, la moindre pression l'éteint totalement, et le sujet constate des intermittences franches. Dans certains cas, c'est seulement à la deuxième ou à la troisième poussée que cette extinction se produit. D'autre fois, le bourdonnement prend naissance pendant ou après la manœuvre : enfin, on a remarqué chez quelques sujets prédisposés (maladie de Ménière), le réveil de vertiges ou mieux de sensations analogues au vertige commençant.

Rarement, une douleur légère, sensibilité plutôt, s'est trouvée éveillée par ces manœuvres, mais sans offrir aucune importance. On voit que cette manœuvre permet de constater des modifications très délicates de l'appareil conducteur du son et de son fonctionnement. De plus, par les excitations portées ainsi à distance sur le labyrinthe, on peut jusqu'à un certain point interroger l'état de cet organe central. La mobilité de l'étrier, son immobilité ou sa mobilité excessive, l'élasticité de l'appareil d'accommodation et son jeu fonctionnel se trouvent rendus évidents par cette exploration méthodique, délicate, qui s'ajoute aux méthodes déjà exposées par l'auteur au congrès de Londres (Retard d'accommodation, etc.) (*Tribune méd.*, 23 octobre 1881).

Observation intéressante d'un conduit auditif double. — Le Dr Samuel Macauley, rapporte qu'un homme, âgé de 39 ans, vint à l'hôpital (New-Castle on tyne throat and ear hospital), se plaignant de surdité. Il raconte qu'il n'avait jamais entendu du côté droit et que depuis quelque temps, son oreille gauche commençait également à se perdre.

En examinant son oreille droite on trouva un conduit auditif externe, parfaitement normal, mais au fond de celui-ci la peau de la paroi du conduit recouvrait simplement la membrane du tympan. Ce qu'il y avait surtout de curieux, c'est

qu'en tirant l'oreille en avant, on apercevait un second conduit auditif, qui s'étendait à une profondeur d'environ un pouce et demi dans la portion mastoïdienne de l'os temporal. Ce conduit était également dépourvu de tympan.

Quant à la surdité de l'oreille gauche, elle était due à une accumulation de matière cérumineuse. (*The specialist*. Londres, 1er octobre 1881.)

Spasme de la glotte et congestion ovarienne. — Au n° 1 de la salle des femmes de M. Potain, à l'hôpital Necker, se trouvait une jeune fille, ayant l'inspiration difficile et bruyante, tandis que l'expiration était facile. Les mouvements du thorax étaient réguliers, la respiration laryngée difficile, mais la voix nette. Tous ces symptômes indiquaient soit un œdème, soit un spasme de la glotte.

L'absence de toux, de sensation douloureuse au larynx, de fièvre et de la netteté de la voix firent rejeter l'idée d'un œdème, et cependant le spasme n'est pas une maladie commune chez l'adulte.

En effet, il ne se rattache guère dans ces cas qu'à une lésion anatomique (polype ou ulcération, ce qui est rare), ou à des troubles nerveux pouvant être le résultat d'une affection ganglionnaire, d'une tumeur de l'aorte par compression ou par irritation; ou enfin à une cause générale plus vaste à l'épilepsie, et surtout à l'hystérie.

L'examen laryngoscopique révéla l'intégrité du larynx, sauf un peu de rougeur localisée à l'épliglotte.

La jeune fille n'a jamais eu d'attaque de nerfs, mais elle présentait cependant une certaine analgésie du membre supérienr gauche et un peu de strangulation à la gorge. En somme, on constata quelques phénomènes d'hystéricisme et d'anémie.

Les règles supprimées depuis quelque temps revinrent avec les accidents laryngés, et durèrent plus de six jours, au lieu de quatre, comme d'habitude. De plus, la sensibilité ovarienne droite était grande à la moindre pression et s'irradiait jusqu'à la mamelle. Tout le côté droit était même le siège d'une hypéresthésie bien marquée, résultat de quelque perturbation ovarienne, à laquelle on peut certainement attribuer le spasme de la glotte, survenue par action réflexe sous l'influence d'un trouble dans les fonctions de l'ovaire droit.

La médication alors bien indiquée fut de combattre la congestion utérine trop forte. (*Gaz. des hôpit.*, 13 septembre 1881.)

Un cas de tumeur du nerf auditif dans la fosse cérébelleuse (*Ein Fall von Gehörnervengeschwulst in der Kleinhirngrube*), par G.-T. Stevens. — Jeune femme de 17 ans. Strabisme convergent par paralysie des deux droits externes, acuité visuelle 20/70 de chaque côté, pupilles larges et paresseuses ; à l'ophtalmoscope, stase veineuse marquée. Ouïe abolie à gauche, notablement affaiblie à droite. Dépression intellectuelle. Mouvements lourds, parole traînante, démarche incertaine. Douleurs frontales et occipitales fréquentes et pesanteurs dans le bras et la jambe droite au moment de l'examen. Diagnostic : lésion occupant la base du crâne, probablement tumeur de l'hémisphère gauche à marche rapide. Tous les symptômes s'aggravèrent ; la station et la marche devinrent impossibles, l'intelligence disparut, et au bout d'un mois la mort survint au milieu d'un coma profond. Autopsie : méningite généralisée récente ; tumeur occupant la moitié de la fosse cérébelleuse gauche au voisinage du rocher. Le cervelet était refoulé à ce niveau et réduit à la moitié de son volume primitif. En enlevant la tumeur, il sortit du méat auditif interne notablement élargi un prolongement sous forme de cordon occupant la place du nerf auditif. La tumeur, presque sphérique et parsemée de nodosités, avait un diamètre d'environ 2 pouces et un poids d'une once et demie. Elle était dure, d'une coloration grisâtre, et sur une coupe elle était d'un gris clair à la périphérie, d'un jaune rougeâtre à l'intérieur ; nombreux vaisseaux et nerfs à sa surface. Au microscope (Knapp), mince capsule fibreuse constituée par un réseau très dense de fibres de tissu conjonctif, délicates, semées de petites cellules rondes. La tumeur se composait de cellules fusiformes très rapprochées et disposées en tractus s'entrecroisant dans tous les sens. Elle renfermait en outre beaucoup de vaisseaux à parois minces ; quelques épanchements sanguins et une quantité de corps colloïdes. Le cordon aminci qui pénétrait dans le méat auditif était l'acoustique, dont les filets nerveux se prolongeaient dans la tumeur à une distance de 4 à 6 millimètres. Ils étaient répartis en faisceaux plus ou moins épais qui pénétraient entre les trachées des cellules

fusiformes où ils se perdaient sans reparaître réunis du côté opposé. En somme, il s'agissait d'un sarcome développé à l'extrémité périphérique du nerf auditif. (*Zeitschrift für Ohrenheilk, VIII*, 4 *p*. 290 ; — *Revue des Sciences médicales*, 15 octobre 1881.)

Observations d'impaludisme de l'oreille (*Zur Casuistik der Malariakrankheiten des Mittelohrs*, par C. Hotz. — Il s'agit non pas de névralgie palustre mais de véritables inflammations qui reçoivent de la malaria un cachet spécial et sont promptement modifiées par la quinine. Le premier cas est une otite moyenne suppurée aiguë ayant succédé à l'introduction d'eau froide dans le nez. Le traitement local resta sans action et la quinine amena rapidement la guérison ; dans le deuxième cas, absolument analogue, il s'agissait d'une otite moyenne aiguë catarrhale ; le troisième cas est un exemple de ce que Weber-Liel a décrit sous le nom d'otite intermittente. Le malade étant atteint de syphilis tertiaire, l'auteur fit longtemps fausse route, jusqu'au jour où il remarqua que l'état de l'oreille était un jour bon, un jour mauvais, que les accès avaient très nettement le type tierce, le malade habitant dans un milieu à fièvre, etc. Les topiques les plus doux dirigés contre l'écoulement avaient déterminé une violente réaction. C'est là pour l'auteur un caractère très important ; si en outre les altérations anatomiques ne sont pas en rapport avec la violence et l'étendue des phénomènes nerveux, si toute la région auriculaire est douloureuse, alors que les phénomènes objectifs excluent toute complication, il faut admettre que dans ces cas d'otite aiguë la malaria est en jeu. Les médecins ont d'ailleurs mentionné des otorrhées dans les fièvres intermittentes et rémittentes, et ce retentissement sur l'oreille pourrait être plus fréquent qu'on ne croit communément.

Avec Voltolini, l'auteur donne la quinine par petites doses répétées (1 à 2 grains toutes les deux heures dans une cuillerée à bouche de thé, chaud ou froid, sucré ou non) avec parties égales de poudre de Dower. (*Zeitschr. f. Ohrenh., IX, p*. 356, 1880 ; — *Revue des Sciences méd.*, 15 octobre 1881.)

Syphilis de l'oreille interne (*Syphilitische Erkrankungen des inneren Ohres*), par St-John Roosa.—L'auteur réfute victorieusement les affirmations de S. Sexton, qui croit que la

surdité brusque des syphiliques est due à une affection de l'oreille moyenne. Voici les conclusions que les travaux publiés jusqu'à ce jour sur cette question permettent à l'auteur de poser : 1° une surdité notable survenue subitement qui ne peut s'expliquer par l'état de l'oreille externe ou moyenne (autant qu'elles sont accessibles à nos moyens d'investigation), et qui n'est pas influencée par un traitement mécanique, est due, qu'elle survienne ou non dans le cours d'une syphilis, à une lésion du labyrinthe ou du nerf auditif; 2° la surdité totale ou presque totale, ainsi que l'impossibilité de percevoir certains sons, sont des symptômes d'une affection labyrinthique primitive ou secondaire; 3° quand le diapason est faiblement ou n'est presque pas entendu par les os du crâne, ou quand il est mieux entendu par l'air que par les os, il y a vraisemblablement lésion labyrinthique; 4° les affections syphilitiques du labyrinthe traitées énergiquement par le mercure et l'iodure dès leur début, sont souvent améliorées et quelquefois guéries; 5° les autopsies, quoique encore peu nombreuses, ont déjà démontré l'existence d'altérations qui confirment les conclusions de la clinique. (*Zeitschr. für Ohrenh, IX, 4 p.* 303 ; — *Revue des Sciences médicales*, 15 octobre 1881.)

Polype sur l'amygdale droite, (*Ein Polyp auf der rechten Tonsille*, par FRUHWALD). — Chez un homme de 40 ans, l'amygdale droite était hypertrophiée et, à sa partie supérieure, était implanté un polype gros comme une amande, et pourvu d'un pédicule de 6 millimètres de long sur 4 de large. Dans certaines positions, il déterminait des symptômes de suffocation. Dummreicher l'enleva simplement avec des ciseaux. Au microscope, il avait la structure d'une tonsille hypertrophiée. (*Wiener med. Wochenschrift n°* 44, 1879.)

Enchondrome du larynx. — Le docteur EHRENDORFER rapporte dans les *Archiv. fur Klinik. chirurg.* (vol. XXVI, p. 578), une observation de cette affection extrêmement rare. La malade, une femme de soixante-treize ans, devint enrouée trois ans auparavant, et à cette époque on constata l'existence d'une paralysie de la corde vocale gauche, que l'emploi de l'électricité ne réussit point à améliorer. Un an plus tard, on constata la présence d'une petite tumeur occupant la partie postérieure du larynx, près de la corde vocale

gauche. La tumeur grossit peu à peu, finit par s'ulcérer et fut regardée comme de nature carcinomateuse. Trois ans après le début de la maladie, la déglutition et la respiration devinrent difficiles, et l'on fut obligé de pratiquer la trachéotomie. Pendant l'introduction de la canule on sortit, par hasard, un morceau de la tumeur que l'examen révéla être de nature cartilagineuse. Trois semaines après, Billroth extrayait la tumeur par les voies externes, en faisant une incision sur la partie latérale gauche du cou, et en disséquant la tumeur avec les doigts. Il put constater que le néoplasme naissait de la moitié de la surface postérieure du cartilage cricoïde, d'où il se dirigeait en haut et en arrière, pour aller pénétrer dans le larynx, en passant entre les deux cartilages aryténoïdes. A ce niveau existait une ouverture qui permettait l'introduction du doigt.

Après avoir drainé convenablement la plaie, les lèvres de l'incision furent rapprochées, à l'aide de sutures. Quelques jours plus tard le travail de réparation commença à s'opérer; mais la cicatrisation fut retardée assez longtemps par le passage des aliments à travers les lèvres de la plaie, l'œsophage ayant sans nul doute été perforé pendant l'opération.

L'existence de bourgeons trop volumineux dans le larynx, nécessita l'introduction de sondes coniques spéciales, quelque temps encore après que la plaie extérieure fut cicatrisée.

La tumeur enlevée mesurait 4 centimètres de long, trois de large et deux d'épaisseur, elle était formée de cartilage hyalin, de tissu conjonctif et elle contenait quelques petites poches hystiques. (*Wien. méd. Wochensch.* Juillet. 2. 1881.)

Un nouveau journal de laryngologie.

Nous saluons avec plaisir l'avènement d'une nouvelle feuille spéciale, publiée en Italie, sous la direction de M. le Dr Ferdinando Masseï, professeur de laryngologie à Naples, avec la collaboration de MM. Caselli, Fasano, Fazio et Morra, de Naples; Cervesato, de Padoue ; Clémente, de Catania; G. Frua et C. Labus, de Milan; V. Grazzi et Urbino, de Firenze; F. Margary, de Turin; G. Ruggi, de Bologne et W. Zawerthal, de Rome.

Cette nouvelle publication trimestrielle entièrement consacrée à l'étude des maladies du larynx, a pour titre : *Archivii Italiani di Laryngologia.*

Tout ce qui concerne la partie scientifique du journal devra être adressé à M. le Dr Massei, 14, Forno Vecchio, à Naples.

Enseignement médical libre.

Maladies du larynx, des oreilles et du nez. — M. le Docteur E.-J. Moure a repris ses conférences cliniques sur les maladies du larynx,

des oreilles et du nez, le mardi 28 octobre à sa clinique, cours de Tourny, nº 9, de neuf à dix heures et demie, pour les oreilles et le nez, de dix heures et demie à onze heures et demie, pour le larynx, et les continuera les vendredi et mardi suivants à la même heure.

Messieurs les élèves au nombre de quatre au maximum seront exercés au maniement de l'otoscope et du laryngoscope.

L'éclairage du larynx et des fosses nasales postérieures sera fait avec la lumière de Drummond.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx et nez.

ANDREW-SMITH. — De l'indication pour le traitement du catarrhe naso-pharyngien. (*N. Y. Med. Rec.*, 6 août 1881.)

BRYSON-DELAVAN. — Des polypes du nez. (*New-York, Pathol. soc.*, 8 juin 1880, et *N. Y. Med. Rec.*, 24 septembre 1881.)

CADET DE GASSICOURT. — De l'angine scarlatineuse et de la desquamation (leçon recueillie par R. Leclerc). (*Franc. méd.*, 3 septembre 1881.)

CALMETTES. — Contribution à l'étude des épistaxis. (*Progr. méd.*, 1er septembre 1881.)
De l'ozène vrai. (*Progr. méd.*, 8 octobre 1881.)

DUDLEY S. REYNOLD (de Louisville). — Traitement des polypes du nez par les injections interstitielles. (*N. Y. Med. Rec.*, 1er octobre 1881.)

FOURNIÉ (Ed.). — De l'ozène et de son traitement. (*Rev. méd. Franc. et Étrang.*, 3 septembre 1881.)

GALLARD. — Pseudo-diphtérie pharyngo-nasale dans la scarlatine, avec ulcération profonde du bord libre des ailes du nez (*Gaz. des hôpit.*, 13 août 1881.)

JOSEPH (W. Howe). — Des meilleurs moyens d'hémostase dans l'extirpation de la langue. (*New-York, Med. Rec.*, 10 septembre 1881.)

LEWIS (A. Simson). — Epithélioma de la langue. (*New-York, Med. Rec.*, 10 septembre 1881.)

VERNEUIL. — Epithélioma de la langue, du voile du palais et de la commissure intermaxillaire. (*Gaz. des hôpit.*, 30 août 1881.)

Larynx et trachée.

BARTH. — Cancer de la trachée et de l'œsophage, compression des récurrents. — Aphonie complète, symptômes rappelant ceux du cancer laryngien. (*Soc. d'anat.*, 12 mars 1881, et *Progr. méd.*, 3 septembre 1881.)

DAVI. — Sur un cas de trachéotomie impraticable par les procédés habituels. (*Arch. Ital. di Laryng.*, fasc. 15, juillet 1881.)

FOURNIÉ (Ed.). — Physiologie du son, de la voix et de la parole. (*Rev. méd. Franc. et Étrang.*, 8 octobre 1881.)

GOUGUENHEIM. — Laryngite syphilitique tertiaire. (*Franc. méd.*, 10 et 13 septembre 1881.)

GUENEAU DE MUSSY (N.). — Procédé commode pour faire les fumigations de teinture d'iode dans certaines affections. (*Revue. méd., Franc. et Étrang.*, 30 juillte 1881.)

JENNINGS. — Notes sur deux cas de trachéotomie. (*N. Y., Med. Rec.*, 1er octobre 1881.)

LABUS. — Polype inséré sur les cinquième, huitième et neuvième anneaux de la trachée, enlevé par la bouche.
Laryngo-fantôme, pour apprendre à pratiquer la chirurgie laryngienne. (*Arch. Ital. di laryngol.*, fasc. 15, juillet 1881.)

MASSEI. — Un cas de Muguet du larynx, (*Arch. Ital. di Laryng.*, fasc. 1, juillet 1881.)

PÉAN (Clinique du Dr). — De la trachéotomie. (*Revue méd. Franc. et Étrang.*, 8 octobre 1881.)

ROSE. — Des opérations extra et intra-laryngées. (*Med. Rec.*, 10 septembre 1881.)

SMESTER. — Mécanisme de la respiration par la bouche et par le nez. (*Bullet. de l'Académie de méd. de Paris.*, séance du 13 septembre 1881.)

Oreilles.

BUCK (Albert). — Perte subite et complète de l'ouïe d'un seul côté pendant une attaque d'oreillon. (*Amér. journ. of Otol.*, juillet 1881, no 3, p. 203.)

BURNETT (Charles). — Un cas de surdité d'une oreille, de nature probablement syphilitique. (*Améric. journ. of Otol.*, juillet 1881, no 3, p. 199)

CLARENCE BLACKE. — Traitement de l'hématome de l'oreille par la compression et le massage. (*Amér. journ. of Otol.*, juillet 1881, no 3, p. 187.)

GAZZI. — De l'hypertrophie des amygdales considérée comme cause de surdité. (*Archiv. Ital. di Laryngol.*, 15 juillet 1881, fasc. 1.)

PAQUET (de Lille). — Nouveau procédé de myringodectomie applicable au traitement de l'otite scléreuse. (*Ann. des Mal. de l'or. et du lar.*, septembre 1881.)

ROUSTAN (de Montpellier). — Nouveau procédé pour faire les injections dans l'oreille moyenne à travers la trompe d'Eustache. (*Rev. méd. Franc. et Étrang.*, 6 août 1881.)

SAMUEL SEXTON. — Eventail acoustique Japonais. (*Med. Rec.*, 10 septembre 1881.)
1o De l'effet produit sur l'oreille par une forte pression atmosphérique.
2o Du son produit par contraction du muscle tenseur du tympan. (*N. Y., Med. Rec.*, 30 juillet 1881, p. 137.)

SCHELL (Henri). — Trois cas d'abcès mastoïdiens chez les enfants. (*Amér. journ. of Otol.*, juillet 1881, no 3, p 201.)

SEDGWICK MINOT (Charles). — Morphologie comparée de l'oreille. (*Amér. journ. of Otol.*, juillet 1881, no 3, p. 177.)

SPEAR (É.-D.). — Procédé simple et nouveau pour faciliter l'extraction des corps étrangers de l'oreille. (*Amér. journ. of Otol.*, juillet 1881, no 3, p. 197.)

SPENCER (H.-N.). — Vertige et maladie de l'oreille moyenne. (*Amér. journ. of Otolog.*, juillet 1881, no 3, p. 187.)

TÉRILLON. — De la surdité chez les employés du chemin de fer et de ses inconvénients. (*Bullet. génér. de thérapeut.*, 30 août 1881.)

Ouvrages déposés au bureau du journal :

Le limaçon de l'ornithorynque (*ornithorhynchus platypus*) comparé à celui des mammifères ordinaires et des oiseaux, par le Dr Urban Pritchard.

Manuel de laryngoscopie et des Maladies de la gorge, par le Dr Douglas Hemming. (Seront analysés)

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 1